

(VEUILLEZ L'INDIQUER EN LETTRES MOULÉES)

Nom du patient : _____
Nom de famille Prénom Date de naissance (jj/mm/aa)

Adresse : _____
Numéro et rue Ville Province Code postal

Téléphone _____

1. a) À quelle date votre patient a-t-il commencé à éprouver des symptômes? Date (jour mois année) _____
En quoi consistaient ces symptômes? _____
- b) À quel moment votre patient a-t-il commencé à consulter par rapport à ce problème? Date (jour mois année) _____
- c) Depuis combien de temps cette personne est-elle votre patient? _____
2. a) Veuillez indiquer la date à laquelle la tumeur cérébrale a été diagnostiquée Date (jour mois année) _____
- b) À quelle date le diagnostic a-t-il été communiqué au patient? _____ Par qui? _____
3. Veuillez fournir une copie du rapport pathologique présentant les détails suivants :
 - Type de tumeur
 - Emplacement de la tumeur
 - Histologie
4. Veuillez indiquer les noms et adresses des autres médecins ou hôpitaux fréquentés par votre patient pour ce problème :

Nom du médecin ou de l'hôpital	Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)	Date de début (jour mois année)	Date de fin (jour mois année)

5. Veuillez fournir toute autre information qui pourrait contribuer à l'évaluation à la réclamation de votre patient.

Veuillez fournir des copies de tout dossier de spécialiste ou d'hôpital.

_____ Nom (veuillez l'indiquer en lettres moulées)	_____ Diplôme
_____ Adresse municipale	_____ Ville Province Code postal
_____ Indicatif régional et numéro de téléphone	_____ N° de télécopieur
_____ Date	_____ Signature M. D.

Ce formulaire doit être rempli par un médecin autorisé à exercer au Canada dont la pratique se limite à la spécialisation particulière de la médecine portant sur la maladie grave applicable. L'ASSURÉ a la responsabilité de faire remplir ce formulaire, sans aucuns frais pour l'entreprise.

CONSENTEMENT À L'ÉGARD DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : Les renseignements que contient la présente proposition d'assurance sont requis aux fins d'examen et, après approbation, du traitement de la présente proposition d'assurance. Ils peuvent également servir à l'administration de la police d'assurance, aux enquêtes liées aux demandes de règlement pouvant être présentées au titre de la présente police et à la fourniture de divers produits et services. Ces renseignements, ainsi que ceux déjà consignés dans les dossiers, peuvent être utilisés par La Compagnie D'Assurance-Vie Wawanesa, leurs agents, leurs sociétés affiliées, leurs partenaires, leurs filiales, leurs réassureurs, leurs agences de notation et leurs administrateurs autorisés à ces fins, et peuvent être échangés entre eux, sans égard à l'émission d'une police ou à la résiliation de la police. Sous réserve des exigences juridiques et contractuelles, le proposant peut refuser de donner son consentement pour l'obtention, l'utilisation et la divulgation de ses renseignements personnels à des fins spécifiques en s'adressant à privacy@wawanesa.com ou téléphonant au 1-888-997-9965 et en demandant le Bureau de la protection de la vie privée.